

# 八千代緑が丘皮膚科クリニック問診票

以下は診察に必要な事項ですのでご協力ください。尚、ご記入頂いた情報は大切に管理し、診療行為のみに使用致します。

ふりがな		男・女	大・昭・平・令 年 月 日生 ( ) 歳	
お名前	様		ご職業	
ご住所	〒	自宅		( )
		携帯電話		( )
オンラインによる資格・診療情報取得に同意しますか？			はい・いいえ	
※オンライン確認でできること→保険証の資格情報、過去の薬剤情報などの取得 上記の情報を活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を活用するため、マイナンバーカードをご利用ください。				
アレルギー	無・有 ( )			

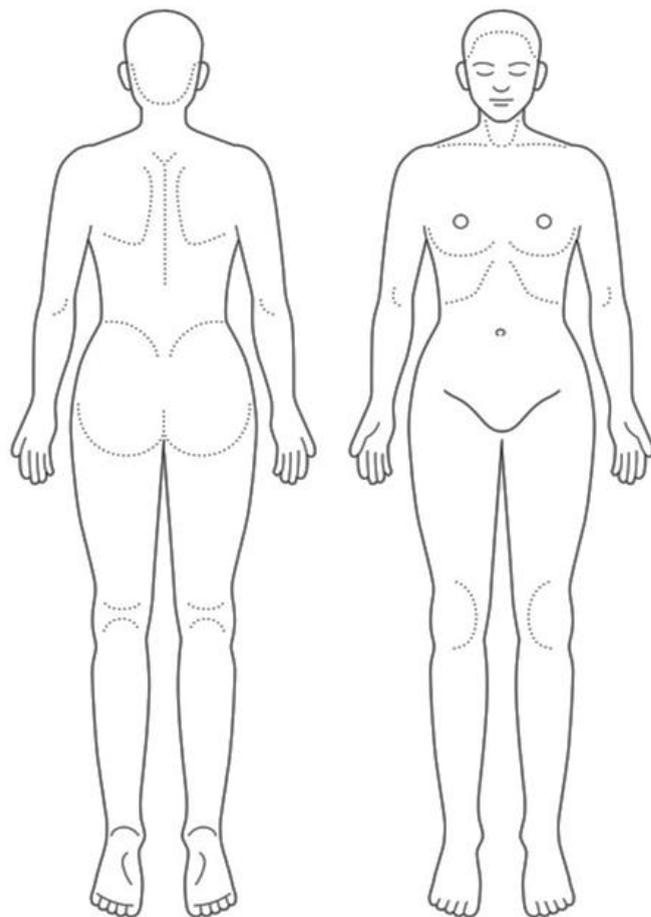
※就労中の受傷で 労災 をご検討中の方は、恐れ入りますがお近くの労災指定病院へおかけください。

(1) 今日はどうされましたか？ ※いつから……( )

湿疹 ・ カサつき ・ かゆみ ・ かぶれ  
 痛み ・ 皮がむける ・ 水虫 ・ 花粉症  
 脱毛症 ・ アレルギー検査 ・ にきび ・ イボ ・ 水イボ  
 やけど ・ 虫さされ ・ 巻き爪

プラセンタ注射 ・ ピアス ・ シミ  
 肝斑 ・ AGA(男性型脱毛症)  
 各種書類

症状のある部位に○をつけてください↓  
左 右 右 左



上記の症状以外

( )

(2) 現在、妊娠中または授乳中ですか？

妊娠中( 週目) ・ 授乳中

(3) 15歳以下のお子さまへのご質問です

・体重をお知らせください。( )kg

\* 服用中のお薬がある方は、お薬手帳を準備しお待ちください